

DÉCLARATION PARTIELLE DE SUCCESSION

(à établir lorsque le défunt était titulaire d'un contrat d'assurance vie)

INFORMATIONS CONCERNANT LE DÉFUNT

SERVICE DES IMPÔTS DES ENTREPRISES (SIE) _____
(SIE du domicile du défunt)

SUCCESSION DE : M^{ME} M^{LLE} M.

NOM _____ PRÉNOM _____
(nom de naissance du défunt)

DATE DE NAISSANCE _____ COMMUNE DE NAISSANCE _____

DÉPARTEMENT DE NAISSANCE _____ OU PAYS _____

SITUATION FAMILIALE célibataire partenaire lié par un PACS
époux(se) de _____
(Précisez : séparé(e) de biens ; séparé(e) de corps)
divorcé(e) de _____
veuf(ve) de _____

ADRESSE DU DOMICILE _____

CODE POSTAL _____ COMMUNE _____

PROFESSION _____

DÉCÉDÉ(E) À _____ CODE POSTAL _____
LE _____

INFORMATIONS CONCERNANT LE MANDATAIRE DES BÉNÉFICIAIRES NON SIGNATAIRES (joindre le mandat)

NOM, PRÉNOM _____

QUALITÉ, FONCTION _____

DATE ET SIGNATURE DU DÉCLARANT
(À DÉFAUT DE SIGNATURE D'UN DES BÉNÉFICIAIRES)

CACHET DE L'ÉTUDE :

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

(à remplir par le service des impôts des entreprises du domicile du défunt)

Référence comptable _____ Déclaration 2705-A n° _____
du _____

DÉCLARATIONS ET PAIEMENTS

| Nature | Date | N° | Sommes versées en euros |
|-----------------|------|----|-------------------------|
| | | | |
| Total | | | |

ANNOTATIONS DIVERSES

Fiche de décès annotée

CADRES À REMPLIR PAR LE DÉPOSANT**CONTRATS D'ASSURANCE VIE - Art. 757 B du CGI****Désignation de l'assureur :**

- Nom ou raison sociale _____
- Adresse ou domiciliation _____

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX CONTRATS D'ASSURANCE VIE

| N° de contrat ou de l'avenant | Date de souscription | Montant des primes versées après le 70 ^e anniversaire de l'assuré (à totaliser par contrat) € | Montant du capital versé € | Identité du ou des bénéficiaires |
|-------------------------------------|----------------------------|--|-------------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES (une case par bénéficiaire) ⁽¹⁾

NOM, PRÉNOM _____
(nom suivi du nom de naissance pour les femmes mariées ou veuves)

DATE DE NAISSANCE _____ COMMUNE DE NAISSANCE _____

ADRESSE DU DOMICILE _____

CODE POSTAL _____ COMMUNE _____

• Lien de parenté avec la personne décédée _____

• Quote-part du capital versé : _____

Date et signature du bénéficiaire (sauf si déclarant mandataire, cf. recto) _____

NOM, PRÉNOM _____
(nom suivi du nom de naissance pour les femmes mariées ou veuves)

DATE DE NAISSANCE _____ COMMUNE DE NAISSANCE _____

ADRESSE DU DOMICILE _____

CODE POSTAL _____ COMMUNE _____

• Lien de parenté avec la personne décédée _____

• Quote-part du capital versé : _____

Date et signature du bénéficiaire (sauf si déclarant mandataire, cf. recto) _____

NOM, PRÉNOM _____
(nom suivi du nom de naissance pour les femmes mariées ou veuves)

DATE DE NAISSANCE _____ COMMUNE DE NAISSANCE _____

ADRESSE DU DOMICILE _____

CODE POSTAL _____ COMMUNE _____

• Lien de parenté avec la personne décédée _____

• Quote-part du capital versé : _____

Date et signature du bénéficiaire (sauf si déclarant mandataire, cf. recto) _____

(1) S'il y a plus de trois bénéficiaires, utiliser un autre imprimé.